

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935

THÈSE

N° 471

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Henri-Etienne JEAN-JOSEPH (d'Haïti)

Né le 20 juillet 1905, à Berlin (Allemagne)

Tension artérielle au cours de l'Apoplexie utero-placentaire

(Apoplexies génitales et apoplexies intérutéroplacentaires)

Président de Thèse : M. A. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

Tension artérielle au cours de l'apoplexie utero-placentaire

(Apoplexies génitales et apoplexies intérutéroplacentaires)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Henri-Etienne **JEAN-JOSEPH** (d'Haïti)

Né le 20 juillet 1905, à Berlin (Allemagne)

Tension artérielle au cours de l'Apoplexie utero-placentaire

(Apoplexies génitales et apoplexies intéro-utéroplacentaires)

Président de Thèse : M. A. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	ROUVIÈRE
Physiologie.	PROUST
Physique médicale.	LÉON BINET
Chimie médicale.	STROHL
Bactériologie.	DESGREZ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	Robert DEBRÉ
Pathologie et thérapeutique générales.	BRUMPT
Pathologie médicale.	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale.	CLERC
Anatomie pathologique.	CHEVASSU
Histologie.	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale.	CHAMPY
Thérapeutique.	TIFFENEAU
Hygiène et médecine préventive.	LOEPER
Médecine légale.	TANON
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée.	LAIGNE-LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	FIESSINGER
Clinique médicale.	Maurice VILLARET
	ACHARD
	BEZANÇON
	CARNOT
	Marcel LABBÉ
	LEREBoullet
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance.	H CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	GOUGEROT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE
Clinique des maladies du système nerveux.	CUNÉO
Clinique des maladies infectieuses.	GOSSET
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN
Clinique urologique.	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la Tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.	MULON
	OLIVIER
	VERNE



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROcq..... Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT.... Pathologie médicale.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER.... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU.... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING.... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 PIÉDELIÈVRE... Médecine générale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY..... Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale.	GUÉNIOT.....	} Clinique obstétricale.
CHIRAY.....		LE LORIER....	
DUVOIR.....		LÉVY-SOLAL...	
BASSET.....		METZGER.....	
HEITZ-BOYER..	} Clinique chirurgicale.		
MOCQUOT.....			
SCHWARTZ....			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEY-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON GRAND-PÈRE :

DALBÉMAR JEAN-JOSEPH

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

A MA SŒUR,

A MES PARENTS,

A MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE,

*Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur,*

Qui a bien voulu nous proposer le sujet de cette thèse et nous faire le grand honneur de la présider.
Modeste témoignage de notre vive et respectueuse gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

STAGE :

M. LE PROFESSEUR DELBET,
M. LE PROFESSEUR SERGENT,
M. LE PROFESSEUR VAQUEZ,
M. LE PROFESSEUR PROUST,
M. LE PROFESSEUR HALLÉ,
M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE,
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN,
M. LE PROFESSEUR TEISSIER (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR LOUSTE (*in memoriam*),
M. LE PROFESSEUR TERRIEN,
M. LE PROFESSEUR LEMAITRE,
M. LE PROFESSEUR CLAUDE,
M. LE PROFESSEUR LEGUEU.

A NOS AUTRES MAITRES :

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS PORTES
ET LACOMME,
Accoucheurs des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR SUREAU,
Chef de Laboratoire à la Clinique Baudelocque.
Accoucheur des Hôpitaux.

M^{me} LE DOCTEUR FAYOT-PETIT-MAIRE,
Chef de Clinique à la Faculté.

INTRODUCTION

L'hémorragie rétro-placentaire est une complication rare de la fin de la gestation. Elle présente presque toujours les symptômes suivants : albuminurie, hypertension, métrorragie, douleur abdominale, utérus dur, ligneux et, à l'examen, un caillot sur la face utérine du placenta déterminant une dépression en cupule.

C'est une hémorragie localisée entre le placenta et la paroi utérine; quand l'hémorragie atteint également le muscle utérin, il s'agit d'une apoplexie utéro-placentaire, décrite pour la première fois en 1911 par notre Maître, le Professeur A. COUVELAIRE. Les lésions hémorragiques s'étendent au muscle utérin jusque sous la séreuse péritonéale (utérus bigarré), parfois dans le péritoine et dans les autres viscères (foie, rate, etc...). Le Professeur COUVELAIRE a montré l'importance de la tension artérielle au cours de ce syndrome si grave, et il a donné les indications opératoires à lui appliquer.

Sur son conseil, nous avons fait de l'étude de la tension artérielle au cours de l'hémorragie rétro-placentaire le sujet de notre thèse.

Nous avons pu recueillir, de 1921 à 1934, 33 ob-

servations d'hémorragie rétro-placentaire dans les archives de la Clinique Baudelocque.

Notre travail est essentiellement clinique et comprend trois parties :

I. La tension artérielle au cours de la gestation normale et au cours du travail.

II. La tension artérielle au cours de l'hémorragie rétro-placentaire.

III. Valeur pronostique de la tension artérielle au cours de l'hémorragie rétro-placentaire.

Nous nous permettons de remercier ici :

M. le Professeur COUVELAIRE, pour la bienveillante sollicitude qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les années que nous avons passées dans son service et pour les encouragements et les conseils qu'il nous a prodigués durant la préparation de ce travail;

M. le Professeur LACOMME, agrégé, qui a bien voulu s'intéresser à notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

LA TENSION ARTÉRIELLE AU COURS DE LA GESTATION NORMALE ET AU COURS DU TRAVAIL

Les auteurs sont actuellement d'accord pour admettre que la puerpéralité normale agit fort peu sur la tension artérielle. La maxima oscille entre 11 et 14 (VAQUEZ), 12-15 (PACHON) et 10-12 1/2 (Méthode palpatoire). La minima oscille aux environs de 7. La pression moyenne est de 9.

Mais cette tension n'est pas constante. Il existe des variations physiologiques, et la constatation d'une élévation transitoire de 1 à 2 cm de Hg durant 4 à 5 jours, au cours de la gestation, n'est pas directement alarmante.

« Le développement du fœtus se produit donc sans troubler l'équilibre circulatoire de l'organisme maternel (PÉLISSIER) ».

Pour BALARD, la tension artérielle se maintient dans les limites physiologiques habituelles pendant la gestation, chez la femme en bonne santé.

LE LORIER et LETOURNEUR, son élève, affirment, par contre, que, durant la gestation, on a coutume

d'observer des valeurs de tension artérielle légèrement plus basses qu'en dehors de la puerpéralité.

Il ressort de tout cela que les valeurs oscillométriques varient peu au cours de la gestation. C'est là une preuve nouvelle, s'il en était besoin, que la puerpéralité normale réalise bien, selon la conception de BAR, « une symbiose harmonique homogène ». Son déséquilibre, nous allons le voir, apportera aux valeurs de la tension artérielle, des modifications qui attireront l'attention de l'obstétricien.

Dès le début du travail, apparaissent des modifications de la tension artérielle sous forme d'une élévation de la Maxima et de la Minima. Cela s'explique aisément par les efforts que le travail impose à la parturiente. A chaque contraction utérine, la tension artérielle s'élève par bond (VAQUEZ), descend à un chiffre voisin de la normale dans l'intervalle des contractions (CHIRIÉ), lorsque le travail se poursuit rapidement et régulièrement. Mais elle peut rester à un chiffre supérieur à la fin du travail (FELLNER).

La tension artérielle continue à s'élever avec la dilatation du col (QUÉREL et RAYNAUD) atteignant son maximum pendant la période d'expulsion. Après l'expulsion, du fait du brusque déséquilibre de la pression intra-abdominale, la tension artérielle a tendance à baisser. Pour BALARD, elle serait d'autant plus élevée que le travail a été plus rapide, car l'adaptation fonctionnelle du système cardio-

vasculaire se fait plus lentement. Ainsi la tension artérielle peut ne revenir à un chiffre normal que dans les jours qui suivent l'accouchement. Cette modification n'est que transitoire et ne porte que sur 1 à 2 cm. de Hg. Elle n'est pas directement alarmante et ne s'accompagne pas des symptômes graves que nous allons étudier maintenant dans l'hémorragie rétro-placentaire.

CHAPITRE II

LA TENSION ARTÉRIELLE AU COURS DE L'HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE

Il y a une élévation marquée de la tension artérielle au cours de l'hémorragie rétro-placentaire. Cette hypertension n'a été mise en évidence qu'à partir de 1911 par notre Maître, le Professeur COUVELAIRE. Mais les obstétriciens connaissaient déjà l'augmentation de la tension artérielle au cours de la toxémie gravidique, plus spécialement pendant l'éclampsie. VINAY l'avait déjà notée dès 1874. VAQUEZ et NOBECOURT signalèrent combien la mesure de la tension artérielle et l'examen des urines pour la recherche de l'albumine, sont utiles pour faire prévoir les crises d'éclampsie.

BARANGER admet aussi l'hypertension artérielle chez les albuminuriques, surtout chez les anciennes albuminuriques avec lésions rénales antérieures.

Pour BALARD, toute intoxication de la fin de la gestation, qu'elle se traduise ou non par de l'albuminurie, entraîne avec elle une forte élévation de la Maxima et de la Minima. Ces valeurs, générale-

ment parallèles, peuvent atteindre respectivement 25 et 19.

Par contre, CHIRIÉ, BLAIN, POUGET n'admettent pas de rapport constant entre l'augmentation de l'albumine dans les urines et l'hypertension artérielle. Pour PINARD, BRUSLOW, cette évaluation de la Tension artérielle est constante dans les cas d'albuminurie gravidique, traduisant une intoxication plus ou moins profonde de l'organisme.

Hypertension artérielle et albuminurie sont deux symptômes importants de la toxémie gravidique. Elles sont très fréquentes au cours de l'éclampsie et de l'hémorragie rétro-placentaire. Ces deux accidents sont deux manifestations cliniques différentes de la toxémie gravidique. Ils peuvent exister en même temps chez la même malade (Obs. XVIII). C'est un cas plutôt rare, puisque nous n'avons pu retrouver qu'une observation associée d'hémorragie rétro-placentaire et d'éclampsie.

Chez les albuminuriques, il y a une hypertension forte les jours qui précèdent le travail. VAQUEZ montre, par contre, qu'il y a albuminurie sans hypertension, — purement physiologique, — au cours d'un travail long : hydramnios, gémellaire... Pour BRUSLOW, l'hypertension artérielle est la cause de l'hémorragie rétro-placentaire :

« L'hypertension artérielle qui est peut-être la cause de l'albuminurie gravidique paraît être le facteur capital des lésions anatomiques pathologiques prédominantes, c'est-à-dire des hémorragies

viscérales et hémorragies intra et rétro-placentaires, selon le mécanisme invoqué par WALLICH. »

Ce dernier estime qu'à côté de la conception purement toxique des lésions hémorragiques du placenta, il y a lieu de faire intervenir plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, une influence mécanique liée à l'hypertension sanguine.

Pour PORTES, il est difficile de se faire une opinion sur l'état de la tension artérielle au cours de l'apoplexie utéro-placentaire. Elle est prise généralement après coup, juste au moment des accidents, et elle peut donner des chiffres normaux. Il faut compter aussi avec l'état grave de la malade et l'importante hémorragie qu'elle a subie. (Obs. I : TA = 14-8; Obs. II : TA = 13 1/2-11 1/2; Obs. III : TA = 13-11 1/2).

Pour la facilité de notre travail et l'étude de nos observations, nous avons adopté le classement suivant :

a) Hémorragie rétro-placentaire à symptomatologie classique : albuminurie et hypertension.

Nous avons relevé :

- 1° 4 observations d'apoplexie utéro-placentaire;
- 2° 17 observations d'hémorragie rétro-placentaire à formes moyennes;
- 3° 6 observations d'hémorragie rétro-placentaire à formes bénignes.

b) Hémorragie rétro-placentaire à symptomatologie atypique.

Nous avons relevé :

1° 2 observations d'hémorragie rétro-placentaire sans albuminurie, sans hypertension artérielle;

2° 1 observation d'hémorragie rétro-placentaire sans albuminurie mais avec hypertension.

3° 3 observations d'hémorragie rétro-placentaire avec albuminurie mais sans hypertension.

Pour cette classification, nous avons posé le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire sur l'examen de la face utérine du placenta : cupule plus ou moins profonde, ne contenant pas ou contenant un caillot plus ou moins adhérent.

A. Hémorragie rétro-placentaire avec albuminurie et hypertension.

Ce groupe comprend 27 observations d'hémorragie rétro-placentaire à symptomatologie classique : accident brutal survenant à la fin de la gestation, barre épigastrique, syncope, hypertension artérielle, albuminurie, hémorragie, utérus dur, ligneux, cupule à l'examen du placenta.

1° Un premier groupe comprend 4 observations d'apoplexie utéro-placentaire. 3 multipares, une primipare. Accident brutal dans 3 cas (Obs. I, Obs. III, Obs. IV) survenant au cours du 8^e mois sans aucun examen préalable.

Obs.	Albuminurie	T.A.
I	2 gr.	14- 8
III	10 gr.	13-11 1/2.
IV	8 gr.	16-10.

Dans l'Obs. II, on note au 6^e mois :

Alb. = 1 gr. 80; TA = 14-11.

La femme ne suit aucun régime et au cours du 7^e mois, accident brutal avec un état de toxémie grave : alb. = 8 gr.; TA = 12 1/2-10 1/2.

Dans ce groupe, la tension artérielle est basse et coïncide avec un état général grave; d'ailleurs le pronostic foetal est sombre : 4 morts.

Ainsi que le pronostic maternel : 3 multipares décédées, 1 primipare vivante.

Observations

(RÉSUMÉ)

Apoplexies utéro-placentaires :

OBS. N° I. — Multipare, 29 ans, 1 mort-né, 3 enfants vivants, accouchements prématurés, jamais d'albumine.

Gestation actuelle surveillée, sans incident. Accident brutal au 9^e mois : douleurs lombaires, utérus dur, femme très shockée, pouls 96, TA = 14,8, Albumine, 2 gr., vomissements marc de café, légère hémorragie externe.

Intervention : hystérectomie totale : épanchement sanguinolent intra-péritonéal, utérus présen-

tant zones ecchymotiques, issues de liquide sanglant et de caillots sous pression.

Enfant mort pesant 1.700 gr.; placenta 370 gr. Décès de la femme, autopsie refusée.

OBS. N° II. — Multipare, 24 ans, 1 enfant vivant. Au 6^e mois, alb., 1 gr. 80; TA = 14-11, pas de régime. A 7 mois et demi, accident brusque : hémorragie, douleurs abdominales, œdèmes généralisé, alb. : 8 gr.; TA = 12 1/2-10 1/2, état général grave. Rupture artificielle des membranes.

8 h. 30 : TA = 13 1/2-11 1/2.

9 h. 45 : Utérus dur avec rares périodes de relâchement.

11 h. : Utérus dur comme du bois, TA = 14-11 1/2, troubles visuels, agitation.

13 h. : Même état de l'utérus, TA = 14-11, pouls 120.

16 h. : Utérus contracté en permanence, segment inférieur dur, état général grave^e : pâleur, torpeur.

Intervention : Hystérectomie en bloc : utérus avec taches ecchymotiques et tache sombre au niveau de la ligne de solide attache du péritoine préutérin.

Décès.

OBS. N° III. Multipare, 33 ans, 4 enfants vivants, 2 enfants morts. Gestation actuelle non surveillée. Au 8^e mois accidents :

10 février : céphalée, utérus augmenté de volume, amélioration rapide par régime lacto-végétarien ; céphalée persistante, urines normales.

28 février : œdème généralisé surtout face, troubles visuels.

1^{er} mars : céphalée, barre épigastrique, fatigue générale, pas d'examen.

3 mars : Hémorragie abondante, spontanée, indolore, continue, de sang-rouge.

A 10 h. 30 : Entrée à la clinique : hémorragies, utérus dur, ébauches de contraction, col dur, urines^e: alb., 10 gr., TA = 13-11 1/2.

Intervention : Hystérectomie; utérus avec traînées violacées. Décès. Autopsie : lésions hémorragiques du foie, rate, rein.

Pas d'examen histologique, utérus, placenta.

OBS. N° IV. —Primipare, 28 ans. Au 8^e mois : œdème, albuminurie. Pas de traitement.

Entre à la clinique : shock accentué, pouls : 90; TA = 16-12. Utérus uniformément dur, segment inférieur = dureté ligneuse.

Albuminurie : 8 gr.

Intervention : Hystérectomie totale, utérus avec suffusions sanguines marquées.

L'albumine disparaît au 5^e jour; tension artérielle au 6^e jour : 12-9.

La malade sort au 20^e jour.

2° Un second groupe comprend 17 observations d'hémorragies rétro-placentaire à forme moyenne. Nous y trouvons 8 primipares, 9 multipares. Nous divisons ces observations en deux séries :

a) Les accidents sont survenus brutalement sans aucun examen médical, pendant la gestation.

9 cas : 4 multipares, 5 primipares.

Obs.	Albumine	TA
VII	3 gr.	19 1/2-10 1/2
VIII	6 gr.	18 1/2-12 1/2
XIII	2 gr.	15-10
XVI	2 gr.	14-11
XVII	7 gr.	17-12
XVIII	2 gr.	15-8
XIX	4 gr.	13-10
XX	5 gr.	18-11
XXI	2 gr.	10 1/2-6 1/2

Traitement appliqué: saignée, repos, régime, eau lactosée, purgatifs drastiques et rupture artificielle des membranes.

Accouchement toujours spontané, très rapide.

Enfant mort-né, et quelquefois macéré.

L'examen du placenta confirme le diagnostic posé.

b) Au cours de la gestation, l'examen médical révèle soit l'albumine, soit l'hypertension, et souvent les deux simultanément.

Observ.	Albumine		TA			
	Accidents		Accidents			
	avant	pendant	avant		pendant	
V	troubl. import.	troubl. grav.	28-	11	23-	11
VI	Alb. au 7 ^e mois				18 1/2-	7
IX	Alb. au 5 ^e mois	3 gr.	17 1/2-12	19-	12	
X	Troubles	3 gr.	18-	11	15-	10
XI	Chorée	4 gr.	21-	17	18-	11
XII	Alb. au 2 ^e mois	4 gr.			12-	8
XIV	Alb. à gest. ant.	1 gr. 50			13 1/2-	11
XV	Alb. à gest. ant.	7 gr.	21-	15	15-	11
	(14 gr.)					

Dans la plupart des cas, la malade n'a pas suivi strictement le régime lacto-végétarien institué. En dehors de l'albuminurie et de l'hypertension artérielle, on note des troubles oculaires, de la céphalée, de l'œdème, le pouls aux environs de 100, avec un état général quelquefois mauvais (Obs. XV), barre épigastrique très fréquente. L'hémorragie vulvaire est peu importante, mais persistante. L'utérus est dur, ligneux, le col et le segment inférieur très dur au toucher.

Dès la rupture des membranes, les contractions utérines reprennent très rapidement et régulièrement, et en très peu de temps (25 minutes à 1 h.), la dilatation passe de 5 francs à complète, l'expulsion se fait toujours très rapidement. Enfant mort il y a peu de temps, ou macéré au début.

L'examen de la surface utérine du placenta a montré la cupule classique avec ou sans caillot adhérent, et très souvent de nombreux infarctus anciens ou récents.

Dans les suites de couche, la tension artérielle descend au environs de la normale.

TA = 14- 8 Obs. XVII.

TA = 16- 7 1/2 Obs. XIII.

TA = 13- 9 Obs. VII.

TA = 16-10 Obs. IX.

Deux cas d'hypertension artérielle persistante :

TA = 18-12 Obs. XI.

TA = 18-10 Obs. V.

L'albumine régresse toujours dans les suites de couche et au plus tard, au 5^e jour, l'examen des urines est absolument normal.

Nous avons cherché à revoir les malades, mais malheureusement une seule a répondu à notre appel (Obs. XVI). Nous l'avons examinée et nous avons appris qu'elle a accouché une deuxième fois d'un enfant prématuré traité de suite au sulfar. La mère a reçu une série de novar pour hydramnios. Pas d'albumine constaté au cours de cette gestation. L'enfant est actuellement bien portant.

La mère est toujours d'un état général faible.

Pas d'albuminurie : TA = 12 1/2-7.

Observations

(RÉSUMÉ)

Hémorragie rétro-placentaire à forme moyenne.

OBS. N° V. — Multipare, 15 gestations, aucun détail. XV^e gestation, œdèmes, albuminurie au 5^e mois, accouchement prématuré à 8 mois. Albumine disparaît, mais hypertension persistante 23-11.

Gestation actuelle : au 5^e mois : œdèmes, céphalée, douleurs épigastriques, troubles oculaires.

Entrée à la clinique trois mois plus tard : céphalée, œdèmes, troubles oculaires, albumines TA = 28-11, saignée : 800 gr.

27 février : contractions utérines avec relâchement. Hémorragie abondante. Bdc = 0. TA = 23-11.

9 heures : Utérus dur, douloureux, consistance ligneuse. Expulsion spontanée d'un mort-né, délivrance nature complète. Placenta : infarctus hé-

morragique et cupule de 8/11 cm. avec caillot. TA = 24-12. Disparition de l'albuminurie, des œdèmes dans les suites de couche. Hypertension persistante : 18-10.

OBS. N° VI. — Primipare, 22 ans, albumine au 7^e mois. Régime lacté. Accidents subits : douleur abdominale, hémorragie abondante, fatigue générale, œdèmes des membres inférieurs. Abdomen douloureux, mais utérus non ligneux avec contractions normales. TA = 18 1/2-7. Accouchement spontané d'un mort-né. Placenta avec quelques infarctus blancs et une vaste cupule centrale occupée par un caillot sanguin.

OBS. N° VII. — Primipare, 36 ans. 12 mai, à 2 h. A 8 mois, accident brutal : douleur abdominale vive, hémorragie abondante, shock. Pouls: 76. Utérus dur et constamment dur, HU = 34; col fermé non effacé. TA = 19 1/2-10 1/2 (PACHON). Urines = albuminurie massive.

4 heures : contractions douloureuses peu perceptibles. TA = 18 1/2-9 1/2 (P.)

10 heures : Hémorragie légère. TA = 21-10 (P.).

12 heures : TA = 20-12; pouls: 102; urines, 2 gr. d'albumine.

14 heures : saignée 600 gr. TA = 13-7; urée sanguine = 0,47.

Azote de l'urée = 0,21. Bruits du cœur non perçus. Rupture spontanée prématurée des membranes.

18 heures : TA = 20-12. Expulsion spontanée d'un macéré pesant. 1950 gr.

18 h. 45 : délivrance naturelle complète. Léger shock, céphalée, pâleur. TA = 20-12.

19 heures : TA = 19-11.

24 heures : TA = 18-8.

13 mai : TA = 17-10.

15 mai : TA = 13-10. Albumine = 0.

Examen de l'arrière-faix : placenta truffé, infarctus anciens et récents, sur face utérine, dépression en cupule, forme ovale irrégulière, 1 cm. et demi sur 4 cm.

Albumine disparaît au 2^e jour. TA = 13-9.

Sortie au 12^e jour.

OBS. N^o VIII. — Primipare, 26 ans. Au 7^e mois, accident brutal : 16 mai : douleurs épigastriques violentes, légère céphalée.

17 mai : col entr'ouvert, œdème malléolaire, albuminurie massive. Repos au lit, régime lacté absolu.

18 mai : douleurs épigastriques et syncope (durée une demi-heure).

19 mai : Entrée à la clinique : léger œdème malléolaire, à 17 h. 30, légère céphalée. TA = 18 1/2-12 1/2, purgatifs drastiques et saignée.

A 23 h. 30 : TA = 17 1/2-12 1/2. Albumine 6 gr.

20 mai : à 8 h. 30 : TA = 19-13 1/2; épistaxis abondantes.

A 9 h. 30 : TA = 15 1/2-10 1/2. Epistaxis continue.

A 11 h. 30 : TA = 15-10 (PACHON).

A 12 heures : Epistaxis cesse : sang recueilli : 310 gr.

A 18 heures : TA = 15 1/2-10 1/2.

21 mai : 9 heures : TA = 16-11; albumine, 0 gr. 25. Bruits du cœur = 0.

22 mai : TA = 19-10; urée sanguine 0,78; BW = négatif.

24 mai : TA = 18-10.

28 mai : TA = 13-9.

4 juin : TA = 14-9. Expulsion d'un macéré pesant 980 gr.

Délivrance naturelle complète : 230 gr.

Examen du placenta : Infarctus blancs. Foyer hémorragique récent, rouge. Destruction de tissu placentaire, bourré d'infarctus blancs.

Traces d'albumine dans les suites de couche.

Sortie au 12^e jour.

OBS. N° IX. — Primipare 31 ans. Au 5^e mois, œdèmes, albumine, TA = 17 1/2-12.

Pas de traitement institué.

Au 6^e mois : œdèmes progressifs, céphalée pénible, troubles visuels, crampe épigastrique, albumine = 5 gr.

15 août, à 11 h. 30 : Entrée à la clinique avec TA = 19-12 (VAQUEZ.) Saignée de 350 gr., TA = 14 1/2. Shock. Utérus constamment dur. A 19 h. 30. Purgation, état général meilleur, mais troubles oculaires. TA = 22-11.

16 août, à 9 h. 30 : TA = 22-12; albumine : 0 gr. 50.

A 16 heures : TA = 19-11. Céphalée, troubles visuels accentués.

A 22 heures : TA = 22-11; céphalée violente, douleurs abdominales, utérus ligneux.

17 août, à 1 heure : Rupture spontanée des membranes, liquide teinté. Bruits du cœur non perçus.

5 heures : TA = 22-11.

6 h. 45 : Expulsion spontanée d'un mort-né pesant 1.180 gr.

Délivrance naturelle complète.

Examen du placenta : infarctus blancs; caillots

volumineux tenant les trois quarts du placenta. Grosse hémorragie intra-placentaire de constitution récente.

Suites de couches : 19 août : TA = 19-11 1/2 ; urines : 3 litres non album.

25 août : TA = 17-11; urines = 0.

26 août : TA = 16-10.

Sortie le 28 août.

Obs N° X. — Multipare, 26 ans. 3 premiers accouchements prématurés, le quatrième accouchement normal, mais troubles oculaires dans les suites de couches.

Gestation actuelle : à 6 mois : œdème généralisé avec céphalée, douleurs lombaires.

22 mars 1926 : entrée à la clinique pour : céphalée violente tenace, crampe épigastrique, troubles oculaires, œdèmes de la face. TA = 18-11; albumine = 3 gr., bruits du cœur : +++.

Traitement drastique et régime lacté.

23 mars : TA = 19-12; albumine, 2 gr.; saignée, 400 gr..

24 mars : pas de céphalée ni douleurs épigastriques. TA = 18-10 1/2; albumine : 1 gr. Saignée, 300 gr.

25 mars : TA = 16 1/2-10; albumine, 1 gr.

26 mars : TA = 11-10 1/2. Urée sanguine = 0,32; albumine, 0,50; BW = négatif.

27 mars : Céphalée, troubles oculaires; meilleur état général. TA = 15-9; traces d'albumine.

28 mars : TA = 15-10. Bruits du cœur non perçus. Expulsion d'un mort-né non macéré pesant 700 gr. Délivrance naturelle complète: 190 gr.

Examen du placenta : sur la face utérine, cupule volumineuse, infarctus blancs.

Suites de couches normales.

OBS. XI. — Primipare, 28 ans; accidents au septième mois : chorée gravidique. Traitée par novar et gardénal.

10 juin : au 7^e mois : albuminurie massive, urée 0 gr. 40, TA = 21-17. Traitée par saignée et régime déchloruré.

14 juin : TA = 21-13. Hémorragie de 500 gr. HU = 23 cm; TA reprise = 15-11 1/2. Col non effacé. Bruits du cœur perçus.

15 juin : 0 h. 30 : TA = 18-11.

4 heures : Hémorragie abondante, état de shock, femme pâle, agitée, nauséuse. Céphalée pénible, pouls petit, irrégulier, TA = 12-11. Utérus dur, en tension permanente.

5 h. 30 : Col non effacé, non dilaté.

6 h. 15 : Petites contractions utérines avec légère détente.

6 h. 30 : Utérus dur avec période de relâchement.

Rupture artificielle des membranes. TA = 14-11. Urée : 0 gr. 656.

17 h. 30 : TA = 16 1/2-11; saignée 200 gr.; TA = 13-10 1/2.

19 heures : Expulsion spontanée d'un mort-né pesant 840 gr.

Délivrance spontanée = 230 gr. avec gros caillots noirâtres. TA = 16-10. Bon état général.

Examen du placenta : Masse placentaire avec cotylédons hémorragiques, récents, disséminés.

Deux cupules importantes situées près du bord du placentaire. Pas d'infarctus.

Dans les suites de couches : albumine tombe à 0 gr. 20 et persiste. Au 4^e jour la TA se fixe à 18-12. La malade sort en bon état le 16^e jour et doit être suivie à Cochin pour la surveillance de la TA et de l'appareil urinaire.

OBS. XII. — Multipare, 37 ans, 3 accouchements normaux, albuminurie du travail de sa 2^e gestation.

Œdème des membres inférieurs 8 jours avant les accidents survenant à la fin du 8^e mois de sa gestation actuelle.

7 mars, à 22 h. 30 : entre à la clinique pour :

Hémorragie importante; HU = 34 cm.; pouls, 80; urines albumineuses; TA = 12-8. Bruits du cœur : normaux.

22 h. 45 : Rupture artificielle des membranes, et aussitôt : malade pâle, shockée, Hémorragies persistantes, mais légères, contractions douloureuses, subintrantes; utérus très dur. TA = 12-8.

23 h. 10 : Expulsion spontanée d'un mort-né de 2.780 gr.

23 h. 40 : Délivrance naturelle complète: 700 gr.

Examen du placenta :

a) Insertion basse;

b) Large dépression en cupule sur la face utérine du placenta entourée de caillots rouges récents; un infarctus blanc.

Dans les suites de couches : l'albuminurie disparaît au 4^e jour. La TA de 17-11 après l'accouchement est à 13-8 au 4^e jour. BW = négatif; urée sanguine = 0,48.

Sortie au 11^e jour.

OBS. XIII. — Multipare, 36 ans, 1 accouchement prématuré à 8 mois. Présentation du siège, enfant mort-né.

Gestation actuelle; albumine dans les urines, accident brutal au cours du 7^e mois.

29 juin, à 2 h. : entrée à la clinique pour :

Hémorragie avec shock; HU = 34 cm.; utérus dur, tendre, contracté, membranes intactes.

Rupture artificielle des membranes.

TA = 15-10; urines = traces d'albumine; état de shock; bruits du cœur non perçus.

5 heures: détente utérine; dilatation = 2 fr.; segment inférieur = dur.

7 heures : Expulsion d'un mort-né = 2.840 gr.

Délivrance naturelle immédiate. Hémorragie = 2.400 gr. (caillots sanguins). Etat de shock prolongé traité comme habituellement.

Examen du placenta : les deux tiers de la surface utérine sont creusés par une cupule; infarctus ancien; insertion basse du placenta.

Dans les suites de couches : Dosage d'urée = 1 gr. 80; TA = 16-7 1/2.

Au 4^e jour : délire avec agitation.

Au 8^e jour: subictère avec troubles digestifs. Foie gros et douloureux. Deux hématémèses.

Au 14^e jour: transférée dans le service de M. le Prof. WIDAL.

OBS. XIV. — Multipare, 20 ans.

Antécédents: première gestation: albuminurie, 5 gr. Accouchement prématuré. Enfant macéré.

2^e gestation: pas d'albumine jusqu'au 8^e mois : albumine, œdèmes, TA = 15-7, azotémie, 0,28;

Constante d'Ambard. Accouchement prématuré à 8 mois. Enfant vivant.

3^e gestation actuelle :

Consulte à Valancourt au 5^e mois: albumine, régime lacto-végétarien; aggravation: céphalée, troubles visuels, barre épigastrique.

3 novembre, entre à la clinique: douleur lombaire, hémorragie légère mais continue.

14 heures : Hémorragie persiste, utérus dur constamment tendu. Bruits du cœur non perçus, membranes intactes. Vertiges, céphalée, barre épigastrique, TA = 13 1/2-11. Albumine, 1 gr. 50, pouls, 120. Urée sanguine, 0 gr. 35. Œdème léger généralisé.

15 heures: Utérus ligneux. Col et segment inférieur très dur au toucher.

Rupture artificielle des membranes.

15 h. 25 : Expulsion spontanée d'un mort-né non macéré pesant 1.200 gr.

16 heures : Délivrance naturelle complète: 250 gr.

Examen du placenta: 2 cupules déprimées de la dimension d'une pièce de 5 fr. et d'une petite paume de main, infarctus anciens et récents. Surface utérine irrégulière dans son ensemble.

Suite de couche : disparition de l'albuminurie au 4^e jour; TA = 12-7 au 10^e jour. Examen du fond d'œil: reliquat de neuro-rétinite légère.

Sortie au 12^e jour.

OBS. XV. — Multipare, 27 ans. Premier accouchement normal à terme. 2^e accouchement: éclampsie au 6^e mois. TA non prise, accouchement prématuré provoqué. Alb., 14 gr. au moment des accidents, persistant pendant 8 mois.

3^e gestation actuelle: au 2^e mois, céphalée in-

tense, TA = 21-15. Pas d'albumine. Régime très strict, saignées, les troubles persistent.

13-X. Au 4^e mois: TA = 25-16, céphalée, insomnie, vomissements, pas d'albumine. Régime sévère. Urée sanguine: 0,224.

10-XII: Troubles oculaires, vertiges, très mauvais état général.

15-XII. Entrée à la clinique: céphalée occipitale, troubles visuels, insomnie, gros amaigrissement, TA = 23 1/2-16 1/2. Alb., 7 gr. Oligurie, 500 gr. par 24 heures. Pouls à 112; clangor du 2^e bruit; urée sanguine = 0 gr. 50. Glycosurie, 3 gr. 9; acétonurie = 0,396. Pas de cylindres, ni d'hématies urinaires; pas de pigments biliaires.

Examen obstétrical: HU = 17 cm; Bdc = +++ ; pas de travail.

16-XII : Troubles visuels accentués, TA = 23 1/2-18 ; saignée, 530 gr.; TA = 15-11. Céphalée et troubles oculaires améliorés.

17-XII : Urée^e sanguine, 0,61 ; albumine, 4 gr. TA = 17 1/2-13 ; constante d'Ambard = 0,165 ; bruits du cœur = négatif.

18-XII : Amélioration nette. Traces d'albumine. TA = 16-12.

1^{er} janvier : La femme sort en bon état. TA = 14-10. Alb.: 0.

Résultat obtenu par régime : lait, eau lactosée. Lavements purgatifs. Mais bruits du cœur : négatif.

5 janvier : Entre à la clinique à 4 heures pour contractions utérines douloureuses ; urines normales ; TA = 18-9.

A 12 h. 45 : Expulsion d'un fœtus mort et macéré, 310 gr. Délivrance naturelle complète : 70 gr.

Examen du placenta: nombreux infarctus. Cupule d'hématome rétro-placentaire occupant le

quart de la surface utérine. Placenta presque en totalité détruit, très mince, 1/2 de cm. d'épaisseur.

Suites de couches : albumines : 0. Diurèse abondante, TA = 16-11. Sort au 12^e jour.

OBS. XVI. — Primipare, 24 ans, gestation non surveillée.

9-X-1931. Au 7^e mois, entre à la clinique pour douleurs abdominales : bruits du cœur : + + +. Pas de travail. Sort au bout de quelques jours.

26-X. Revient à la clinique. Hémorragie abondante, indolente. Shock léger. Utérus souple avec quelques contractions indolentes. TA = 14-11. Pouls 92.

27-X : Arrêt de l'hémorragie ; contractions utérines peu douloureuses. TA = 14 1/2-10 1/2. Bruits du cœur : négatif ; alb. : 2 gr. Etat stationnaire jusqu'au :

30-X, à 10 heures, reprise des contractions douloureuses. Dilatation 2 fr. Présentation de siège, membranes intactes ;

16 heures : Accouchement spontané d'un fœtus mort et macéré : 1.300 gr.

16 h. 40 : Délivrance naturelle complète : 480 gr. Examen du placenta :

1° Insertion basse : 25 cm./5 cm.

2° Sur la face utérine, en regard du petit côté des membranes, large dépression étendue aux 2/3 inférieurs de l'aire placentaire, recouverte d'un caillot sanguin non adhérent.

Suites de couches : l'albumine disparaît au 3^e jour. TA non prise.

Phlegmatia alba dolens.

Sort au 40^e jour.

Nous avons revu la malade, et nous apprenons :

II^e gestation en 1933 : accouchement spontané, à terme, d'un enfant vivant pesant 3.280 gr., qui a eu un traitement de sulfar jusqu'à 16 mois (4 séries).

Albuminurie quelques jours avant l'accouchement.

A partir du 7^e mois, traitement au novar pour hydramnios et rupture prématurée des membranes. Depuis lors, état général précaire : syncopes fréquentes, malaises, troubles oculaires ; urines normales ; TA = 12 1/2-7.

Obs. XVII. — Multipare, 30 ans. 1^{re} gestation normale, enfant vivant.

2^e gestation : accouchement prématuré au 8^e mois, hémorragie de la délivrance, enfant décédé au 8^e jour.

3^e gestation actuelle non surveillée.

30 janvier 1932 : Entre à la clinique ; 2 crises d'éclampsie chez elle. Saignée.

17 h. 30 : HU = 27 ; Bruits du cœur non perçus ; malade somnolente, mouvements nerveux de la face. TA = 17-12 ; urine 7 gr. d'albumine.

18 h. 20. Crise d'éclampsie. TA = 23-15.

Saignée, 450 gr. TA = 18-12. Urée sanguine : 0,62.

21 h. 45. TA = 19-12 1/2.

21 h. 55 : Crise d'éclampsie.

22 h. 30 : Somnolence continue. Vomissements. TA = 18-13. Chloral : 3 gr.

31 janvier. TA = 17-13. Etat stationnaire.

20 heures : Céphalée intense ; troubles visuels : TA = 19-12. Saignée: 400 gr.; TA = 17-12.

1^{er} février : Etat satisfaisant jusqu'à 19 heures, puis à ce moment, TA = 19 1/2-12. Saignée: 250 gr. Amélioration.

6 février : 1 h. 30. TA = 15-9. Contractions dou-

loureuses. Dilatation avancée, rupture spontanée des membranes.

1 h. 45 : Expulsion spontanée d'un mort-né non macéré : 1.730 gr.

2 h. 15 : Délivrance naturelle complète : 370 gr.

Examen du placenta : 2 zones distinctes.

1° Zone déprimée en large cupule ovale, comblée par volumineux caillot. A ce niveau, placenta aplati et très mince.

2° Reste du placenta blanchâtre ; infarctus anciens. Suites de couches :

L'albuminurie disparaît au 2^e jour.

TA = 14-8.

Sortie au 12^e jour.

OBS. XVIII. — Primipare, 19 ans. Gestation à terme non surveillée ; albuminurie la veille de l'accouchement.

17 août : à 3 heures, entrée à la clinique : HU = 32 ; utérus tendu constamment. Hémorragie dès les premières contractions douloureuses.

Urines : albumine ; TA = 15-8 ; bruits du cœur : négatif.

Rupture artificielle immédiate des membranes. Liquide normal. Utérus reste tendu.

7 h. 30 : Expulsion spontanée d'un mort-né : 2.800 gr.

8 heures : Délivrance naturelle complète : 440 gr. ; TA = 14-8.

Examen du placenta : Cupule peu profonde étendue au 1/4 de la surface utérine, recouverte de caillots noirâtres.

Suites de couches : prolongées ; 25 jours. Pas d'examen de TA, ni albumine.

OBS. XIX. — Multipare, 31 ans. Hystéropexie. 1^{re} accouchement normal, enfant vivant.

2^e gestation actuelle non surveillée. Au 7^e mois, chute dans l'escalier, suivie trois jours après d'une petite hémorragie indolore.

8 octobre, à 10 heures : Entrée à la clinique ; hémorragie dès début du travail ; HU=25 cm. ; utérus tendu en permanence ; bruits du cœur non perçus ; pas de douleurs abdominales. TA = 13-10. Alb. : 4 gr. Etat de shock. Dilatation, 1 fr. Segment inférieur épais et dur, membranes intactes.

Rupture artificielle immédiate des membranes.

A 15 heures : utérus tendu, douloureux. Arrêt de l'hémorragie.

A 17 h. 30 : détente utérine : hémorragie.

A 19 h. 30 : pose d'un ballon de 150 cc. : contractions utérines avec meilleure détente pendant l'intervalle.

9 octobre, 0 h. 10 : Expulsion d'un fœtus mort non macéré : 1.280 gr., avec caillot sanguin de 600 grammes.

0 h. 50 : Délivrance naturelle complète : 335 gr. ; caillot sanguin : 200 gr.

Examen du placenta : Placenta petit, aplati, infarctus blanchâtre, dur, cupule ovale de dimension d'une pièce de 5 fr. sur la surface utérine.

Suites de couches : albuminurie disparaît au 4^e jour. TA = 13-8.

Sort le 14^e jour.

OBS. XX. — Multipare, 35 ans.

Antécédents : pulmonaire actuellement évolutive et ouverte (BK = ++). Début à l'âge de 16 ans. Hystéropexie en 1926.

3 accouchements normaux ; 1 avortement de 2

mois. Gestation actuelle non surveillée jusqu'au 8^e mois. Vomissements.

14 novembre, 0 h. 30: Entrée à la clinique: HU = 35 cm.; utérus tendu en permanence ; bruits du cœur non perçus ; urines : albumineuses. TA = 18-11 ; membranes intactes.

12 h. 30 : Hémorragie légère ; douleur lombaire continue.

14 h. 30 : Rupture artificielle précoce des membranes.

17 h. 55 : Expulsion spontanée d'un mort-né macéré : 2.960 gr. Caillots sanguins : 200 gr.

18 h. 05 : Délivrance naturelle complète : 570 gr. Caillot pesant 210 gr.

Examen du placenta : Surface utérine présente deux cupules déprimées : arrondies, de 8 cm. sur 6 cm. Elles sont entourées de 2 à 3 autres plus petites des dimensions d'un pièce de 1 fr. environ.

Suites des couches : normales.

Sort le 14^e jour.

Nous avons revu le malade actuellement b.p. après un séjour de 2 ans au sanatorium : Alb.: 0 ; TA = 14-8.

OBS. XXI. — Primipare, 24 ans, gestation non surveillée jusqu'au 8^e mois.

8 décembre, à 21 h. 50: entre à la clinique: HU = 30 cm., utérus dur en permanence. Hémorragie continue, légère. Etat de shock ; TA = 10 1/2-6 1/2. Bruits du cœur non perçus ; urines albumineuses. Segment inférieur dur, col incomplètement effacé.

9 décembre, à 1 heure : Rupture artificielle des membranes, détente utérine, arrêt de l'hémorragie. TA = 10-6. (VAQUEZ).

10 h.: M. le Professeur COUVELAIRE : contractions

utérines douloureuses, intermittentes, dilatation 5 fr. TA = 10-5 1/2.

14 heures : Expulsion d'un mort-né macéré : 2.250 gr. Caillot sanguin de 900 gr. Syncope : pouls 160.

14 h. 10 : délivrance naturelle complète : 400 gr. Caillots sanguins 500 gr. Amélioration de l'état général. TA = 12-7. Pouls 108.

Examen du placenta : face utérine aplatie, pas de cupule bien délimitée. Hématome récent et généralisé.

Suites de couches : alb.: 0 gr. 50, disparition au 3^e jour. TA = 10-7 ; urée sanguine : 0,43.

Sort au 16^e jour.

c) Le troisième groupe comprend 6 observations d'hémorragie rétro-placentaire à formes bénignes. Pas de mortalité maternelle, ni fœtale. 4 primipares, 2 multipares, mais durant le cours de la gestation on avait déjà noté :

Albuminurie et œdèmes au 6^e mois. (Obs. XXII, (Obs. XXIV, XXV, XXVII.) Ce sont toutes des primipares.

Pour les deux autres cas, les antécédents obstétricaux pouvaient faire craindre des accidents.

OBS. XXIII. — Albuminurie et hypertension (19-11) au 1^{er} acc.

A la gestation actuelle : Alb.: 2 gr. TA = 10 1/2-7 1/2, après une importante hémorragie.

OBS. XXVI. — 3 accouchements normaux à terme. C'est la seule observation où l'hémorragie rétro-

placenta est une trouvaille à l'examen du placenta.

Obs.	Albumine	TA
XXII	traces	15 1/2-11
XXIII	1 gr.	16 1/2-9 1/2
XXIV	8 gr.	18-11
XXV	0,50	14-9 1/2
XXVI	3 gr.	16-5
XXVII	0,50	13-9 1/2

L'albumine et l'hypertension disparaissent dans les suites de couches. Nous avons pu revoir une seule malade (Obs. XXVII) qui est bien portante et au 4^e mois d'une II^e gestation qu'elle supporte bien jusqu'ici. Alb.: 0. TA = 13-8.

Observations

(RÉSUMÉ)

Hémorragie rétro-placentaire à forme bénigne.

OBS. XXII. — Primipare, 24 ans. Gestation surveillée : au 5^e mois, albuminurie légère ; au 6^e mois, albuminurie, œdème. Pas de traitement suivi par la malade.

29 mars : Au 7^e mois, entrée à la clinique ; bruits du cœur perçus, HU = 26. Travail normal.

Accouchement et délivrance normaux. Enfant vivant.

Examen du placenta : sur face utérine, cupule de 2 cm. de diamètre, infarctus anciens.

Après l'accouchement : TA = 15 1/2-11.

8 heures après : TA = 14-9.

Au 2^e jour, délire systématique, internée à Sainte-Anne.

Décès de l'enfant au 11^e jour.

OBS. XXIII. — Multipare, 25 ans.

Antécédents : Chorée à 15 ans, adénopathie cervicale tuberculeuse à 23 ans. 1^{er} accouchement normal à terme, avec albuminurie et TA = 19-11 pendant les 2 derniers mois. 2^e accouchement prématuré à 8 mois. Pas d'accidents. 3^e accouchement actuel surveillé : accidents au 8^e mois.

6 janvier, à 19 heures : entrée à la clinique pour contractions, bruits du cœur non perçus ; urines : albumineuses.

21 heures : hémorragie abondante ; diagnostic posé : placenta praevia.

21 h. 30 : Rupture artificielle des membranes, travail accéléré, arrêt de l'hémorragie.

22 heures : Expulsion spontanée d'un enfant vivant : 2.100 gr.

TA = 16 1/2-9 1/2. Caillots sanguins : 400 gr. Délivrance naturelle complète.

Examen du placenta : placenta bas inséré et cupule d'hémorragie rétro-placentaire près du bord placentaire mesurant 5 cm. de long sur 2 cm. de large. Infarctus ancien.

Suites de couches : BW : négatif ; urée : 0,26 ; alb. : 0 dès le 2^e jour ; TA = 14-8 dès le 1^{er} jour.

Sort au 12^e jour.

OBS. XXIV. — Primipare, 30 ans.

Antécédents : albuminurie de 6 mois, ayant cédé au régime à 22 ans.

Gestation actuelle surveillée : albuminurie légère dès la 6^e semaine, régime déchloruré. Au 5^e mois, aggravation des symptômes ; œdème des jambes, toux et dyspnée légère, troubles visuels.

Au 7^e mois, entrée à la clinique: HU = 24, bruits du cœur perçus ; alb.: 8 gr.; TA = 18-11 ; bouffissures de la face, œdème.

Traitement drastique et régime : lait et eau lactosée. En 5 jours, l'albumine descend à 5 gr., mais la TA est stationnaire.

30 mai : Expulsion spontanée d'un enfant vivant : 1.110 gr.

Délivrance naturelle complète : 270 gr.

Examen du placenta : sur face utérine, infarctus anciens peu étendus, infarctus récents mais près du bord, cupule d'hémorragie rétro-placentaire de la grosseur d'une noix.

Suites de couches : l'enfant meurt, ayant vécu 15 heures.

2 juin : albumine, 5 gr.; TA = 17-12.

3 juin : albumine : 5 gr. TA = 17-12

4 juin : albumine : 2 gr. TA = 17-12

5 juin : albumine : 1 gr. TA = 18-11

7 juin : albumine : 0,75 TA = 18 1/2-12

9 juin : albumine : 0,75 TA = 16 1/2-11 1/2

10 juin : albumine : 0,50 TA = 16 1/2-11 1/2

Sortie le 12^e jour.

OBS. XXV. — Primipare, 22 ans. Gestation surveillée : au 6^e mois, légère hémorragie, durant peu de temps ; urines normales, mais léger œdème malléolaire ; régime déchloruré.

3 mai : au 8^e mois, entrée à la clinique : douleurs, hémorragie abondante.

Examen de Mlle BACH : utérus bicorne, corne

droite plus élevée ; utérus tendu en permanence. Bruits du cœur non perçus ; segment inférieur dur, dilatation comme 1 fr., albumine, 0,50 ; œdème malléolaire; TA = 14-9 1/2; pouls : 100.

Rupture artificielle des membranes et 10 minutes après expulsion spontanée d'un enfant vivant : 2.670 grammes, ranimé après 1/2 heure de soins. Délivrance naturelle complète : 550 gr.

Examen du placenta : infarctus ancien, et cupule petite, remplie de caillots.

Suites de couches : l'enfant meurt à la 5^e heure. Œdème malléolaire disparaît au 3^e jour. Alb.: 0 ; TA = 13-10. Thrombus vulvaire droite.

Sort le 15^e jour.

OBS. XXVI. — Multipare, 24 ans. 3 accouchements normaux à terme, 2 enfants décédés, l'un de méningite à 1 an, l'autre de broncho-pneumonie à 9 mois.

Gestation actuelle non surveillée.

10-XII : A 10 heures, entrée à la clinique pour hémorragie persistante; à l'examen, HU = 32 cm.; utérus dur, contracté en permanence. Bruits du cœur perçus, membranes intactes. Femme pâle ; urines: albuminurie. TA = 16-5. Pouls : 104.

11 heures : Rupture artificielle des membranes qui provoque :

1^o Relâchement utérin entre les contractions.

2^o Arrêt de l'hémorragie.

18 heures : Expulsion d'un enfant vivant : 3.070 grammes.

18 h. 50 : Délivrance naturelle complète : 680 gr.

Examen du placenta : sur la face utérine, près du bord placentaire, on constate une cupule ovulaire de 4 cm. sur 2 cm. avec un gros caillot.

Suites de couches : urines : 2 gr. d'albumine le 1^{er} jour, mais disparaît au 3^e jour. TA = 11-6 1/2.

Sort au 27^e jour (abcès du sein).

OBS. XXVII. — Primipare, 23 ans ; nausées, vomissements au 1^{er} mois, œdèmes des jambes, bouffissures de la face au 5^e mois. Pas d'albumine dans les urines ; régime lacto-végétarien non suivi.

8 décembre : entrée d'urgence à la clinique pour : albumine : 3 gr. 50 ; TA = 14-9. Pas de travail.

9 décembre : TA = 14-10, utérus souple, bruits du cœur perçus.

Traitement : eau-de-vie allemande, eau lactosée.

10 décembre : à 20 heures, vertige, syncope, légère hémorragie.

A 23 heures : premières contractions utérines douloureuses.

11-XII : A 11 heures : albumine, 0,50 ; bruits du cœur perçus, col épais, membranes intactes ; TA = 13-8 1/2.

A 12 heures : TA = 13 1/2-9 1/2 : utérus souple, rupture spontanée des membranes.

A 13 heures : Expulsion spontanée d'un garçon vivant : 1.580 gr.

A 13 h. 50 : Délivrance naturelle complète : 420 gr.

Examen du placenta : sur la face utérine :

a) nombreux infarctus blancs ;

b) aspect de placenta truffé ;

c) en regard du grand côté des membranes, vaste zone déprimée en cupule, dont le fond est régulier, les parois dures, résistantes, de la consistance fibreuse d'un infarctus blanc.

A 14 h. : TA = 13 1/2-9 1/2.

A 16 h. : TA = 13 1/2-9.

A 18 h. : TA = 13 1/2-9 1/2.

A 19 h.: TA = 12-8.

Suites de couches normales.

Sort le 12^e jour.

Actuellement, la femme est bien portante, et au 4^e mois de sa II^e gestation. Urines normales ; TA = 13-8.

Avant de terminer avec ce groupe d'hémorragie rétro-placentaire, il est intéressant de rappeler quels peuvent être les rapports entre l'albuminurie et l'hypertension. En effet, QUENEL et RAYNAUD prétendent que l'albuminurie et l'hypertension artérielle ont toujours une marche parallèle quand il y a plus d'un gramme d'albumine dans les urines.

Pour la facilité de cette étude, nous présentons les tableaux suivants, en marquant pour chaque groupe :

- a) intensité moyenne de l'albuminurie (Alb.) ;
- b) l'élévation de la tension artérielle (TA) ;
- c) le pronostic maternel (M.) ;
- d) le pronostic fœtal (F.) ;

et pour rechercher s'il existe une relation entre ces deux ordres de faits :

- 1° Intensité des symptômes observés,
- 2° Pronostic maternel et fœtal.

TABLEAU I

Apoplexie utéro-placentaire

Obs.	Alb.	TA	M.	F.
I	2 gr.	14-8	Décès	Décès
II	8 gr.	14-11	»	»
III	10 gr.	13-11 1/2	»	»
IV	8 gr.	16-12	Vivante	»

Dans ce premier tableau, nous constatons qu'il n'y a pas de parallélisme entre l'albuminurie et la tension artérielle. La tension artérielle est basse ; vraisemblablement consécutive à une diminution rapide et importante de la tension artérielle à la suite d'un état général grave avec hémorragie interne. Evolution fatale pour la mère dans 3 cas. (PORTES 58 %, GODEVEL 50 %). Le pronostic fœtal est fatal. (PORTES 95 %).

TABLEAU II

Hémorragie rétro-placentaire à forme moyenne

Obs.	Alb.	TA	M.	F.
VII	3 gr.	19 1/2-10 1/2	Vivante	Décès
VIII	6 gr.	18 1/2-12 1/2	»	»
IX	3 gr.	15-12	»	»
X	3 gr.	15-10	»	»
XI	4 gr.	18-11	»	»
XII	4 gr.	12- 8	»	»

XIII	traces	15-10	»	»
XIV	1 gr. 50	13 1/2-11	»	»
XV	7 gr.	15-11	»	»
XVI	2 gr.	14 1/2-10 1/2	»	»
XVII	7 gr.	17-12	»	»
XVIII	2 gr.	15- 8	»	»
XIX	4 gr.	13-10	»	»
XX	5 gr.	18-11	»	»
XXI	2 gr.	10 1/2- 6 1/2	»	»

Dans ce deuxième groupe nous constatons aussi aucun parallélisme entre l'albuminurie et la tension artérielle. Le pronostic maternel est bon; aucun décès. Le pronostic foetal est fatal : 15 décès pour 15 observations. Il y a ici hypertension artérielle nette sauf dans 3 cas : Obs. XII, XIV, XIX, où il s'est produit une hémorragie externe importante.

TABLEAU III

Hémorragie rétro-placentaire à forme bénigne

Obs.	Alb.	TA	M,	F.
XXII	traces	15 1/2-11	Vivante	Décès au 11 ^e j.
XXIII	1 gr.	16 1/2- 9 1/2	»	Vivant
XXIV	8 gr.	18-11	»	»
XXV	0. 50	14-9 1/2	»	Décès à 5 ^e h.
XXVI	3 gr.	16-5	»	Vivant
XXVII	0. 50	13-9 1/2	»	»

Dans ce troisième groupe, nous constatons aussi qu'il n'y a aucun parallélisme entre l'albuminurie et la tension artérielle. L'intoxication est moins grave puisque l'albumine est en faible quantité dans les urines. Le pronostic maternel est bon : aucun décès; le pronostic fœtal aussi puisque tous les enfants sont nés vivants et deux décès seulement au 11^e jour et à la 5^e heure.

En résumé, nous constatons que l'albuminurie et la tension artérielle n'ont pas une marche parallèle au cours de l'hémorragie rétro-placentaire.

D'après le tableau I: Forte albuminurie, forte hypotension constatée vraisemblablement après importante hémorragie interne. Pronostic maternel très sombre. Pronostic fœtal fatal.

D'après le tableau II : Albuminurie de moyenne intensité, hypertension, évolution favorable pour la mère. Pronostic maternel bon: aucun décès. Pronostic fœtal: très mauvais, 15 décès.

D'après le tableau III: faible albuminurie, hypertension légère; bon pronostic maternel, aucun décès; bon pronostic fœtal: tous les enfants sont nés vivants: deux décès ultérieurs.

Donc au cours de l'hémorragie rétro-placentaire à symptomatologie classique, nous constatons que le pronostic maternel est bon: 3 décès sur 27 observations; le pronostic fœtal est très sévère: sur 27 observations: 21 décès (mort-né), 4 enfants nés vivants et 2 enfants nés vivants mais décédés ultérieurement.

*B Hémorragie rétro-placentaire à symptomatologie
non classique.*

Nous abordons ici l'étude de quelques observations où le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire n'a été posé que par la découverte d'un hématome entre l'utérus et le placenta, se traduisant par une cupule de la face utérine du placenta. Ici la symptomatologie classique de l'hémorragie rétro-placentaire est incomplète.

C'est ainsi que nous trouvons:

1° Hémorragie rétro-placentaire sans hypertension artérielle et sans albumine.

2 observations: N° XXVIII: Accouchement normal. Urines normales, TA = 12 1/2-8.

N° XXIX: Pendant le travail, douleur fixe. Utérus dur, hémorragie. TA = 11-7. Urines normales.

2° Hémorragie rétro-placentaire avec hypertension mais sans albumine.

Une observation: Accident brutal au 8^e mois, grosse hémorragie, TA = 13 1/2-7.

Examen du placenta: Insertion basse et hémorragie rétro-placentaire.

3° Hémorragie rétro-placentaire sans hypertension mais avec albumine.

Obs.	Alb.	TA
XXXI	3 gr.	11-8
XXXII	traces	13 1/2-9 1/2
XXXIII	traces	9-7

Accidents brutals, hémorragie avec utérus tétanisé. Accouchement spontané après unerupture artificielle des membranes. Cupule d'hématome à l'examen du placenta.

L'albumine persiste dans les suites de couches: jusqu'au 5^e jour. (Obs. XXXI), jusqu'au 4^e jour (Obs. XXXII).

Observations

(RÉSUMÉ)

. Hémorragie rétro-placentaire sans hypertension artérielle et sans albumine.

OBS. XXVIII. — Multipare, 28 ans, première gestation normale. Enfant bien portant. 2^e gestation surveillée jusqu'au 8^e mois. Travail normal. Accouchement normal. Enfant vivant: 2.220 gr. Délivrance naturelle complète: 420 gr.

Examen du placenta: sur la face utérine, plusieurs cupules déprimées; nombreux infarctus.

On note: albumine: 0. TA = 12 1/2-8.

Suites de couche normales; sort le 12^e jour.

OBS. XXIX. — Primipare, 19 ans, gestation normale surveillée jusqu'au 7^e mois.

13 août: 16 heures, douleur fixe sur bord gauche de l'utérus, puis légère hémorragie continue. Utérus dur, en permanence. Segment inférieur dur et douloureux. Injection: 1 cm³ de spasmalgine.

19 heures: Hémorragie abondante: utérus ligneux.

21 heures: Entrée à la clinique: malade en état

de shock; hémorragie légère; utérus tétanisé et douloureux, HU = 29 cm. Bruits du cœur non perçus; TA = 11-7; urines normales, pouls : 135. Rupture artificielle des membranes, reprise du travail.

22 heures: Expulsion spontanée d'un fœtus mort-né: 2.050 gr.

22 h. 55: Délivrance naturelle complète: 450 gr. Hémorragie de la délivrance (1.400 gr.). Pouls, 110; TA = 11-7.

Examen du placenta: Au bord placentaire, 3 dépressions en cupules profondes. Pas infarctus albuminurique.

Suites de couches: simples, apyrétiques.

Albumine, 0. TA = 11-7.

Sortie au 12^e jour.

II. *Hémorragie rétro-placentaire avec hypertension mais sans albuminurie.*

OBS. XXX. — Primipare, 24 ans, scarlatine, typhoïde de l'enfance. Gestation surveillée normale jusqu'au 8^e mois.

Début de travail avec grosse hémorragie: urines normales, TA = 13 1/2-7; rupture artificielle des membranes.

Extraction d'un enfant mort-né: 1950 gr. Délivrance spontanée immédiate: 550 gr.

Examen du placenta:

1^o Insertion basse; 2^o le tiers de la surface placentaire présente: les restes d'une hémorragie intra-placentaire et à ce niveau un grand hématome rétro-placentaire.

Suites de couches normales.

Sort le 12^e jour.

III. *Hémorragie rétro-placentaire sans hypertension
mais avec albumine.*

OBS. XXXI. — Multipare, 30 ans, un avortement, un mort-né à terme et un enfant vivant à terme. Gestation actuelle surveillée jusqu'à 8 mois: albuminurie des derniers mois, hémorragies importantes, douleurs abdominales vives, brusques.

6 octobre, 16 heures: HU = 36; utérus dur, douloureux. Bruits du cœur non perçus; léger suintement sanguin. Albumine: 3 gr. TA = 11-8.

19 heures: suintement sanguin persistant. Utérus tendu.

20 heures: Rupture artificielle des membranes.

21 h. 45: Expulsion spontanée d'un enfant mort-né pesant 2.350 gr. Très gros foie.

22 h. 30: Délivrance naturelle complète de 420 gr. Examen du placenta: sur la face utérine, gros infarctus anciens et récents, cupule placentaire déprimée occupant le tiers de la surface recouverte de caillots noirâtres.

Suites de couches: simples; l'albumine disparaît au 5^e jour. TA = 12-8.

OBS. XXXII. — Primipare, 23 ans, gestation normale surveillée jusqu'à 7 1/2 mois. 6 novembre: Douleurs abdominales la veille. Entrée à la clinique pour hémorragie soudaine, indolore, abondante.

2 h. 30: utérus dur, bruits du cœur non perçus, membranes intactes, TA = 13 1/2-9 1/2, T° = 37°, Pouls, 96.

10 heures: Rupture artificielle immédiate des membranes. Reprise de contractions régulières.

12 h. 30: Expulsion d'un mort-né, macéré: 2.000 gr. 13 heures: Délivrance naturelle complète 360 gr.

Examen du placenta: Dans les membranes, volumineux caillots sanguins, grosseur d'un poing. Sur la face utérine, cupule arrondie de 4,5 cm. sur 4 cm. près du bord placentaire. Pas d'infarctus.

Suites de couches: Albumine dans les urines pendant les premiers jours. TA = non prise.

Sortie le 12^e jour.

OBS. XXXIII. — Primipare, 22 ans, diphtérie dans l'enfance. Gestation surveillée jusqu'au 8^e mois. A 5 mois, douleurs lombaires disparaissant par le régime lacto-végétarien déchloruré.

13 octobre, à 22 heures: Entrée à la clinique: hémorragie importante, douleurs lombaires.

22 h. 15 : HU = 28 cm, utérus dur, tendu en permanence. Bruits du cœur: lents et assourdis, suintement vulvaire léger, continue. TA = 9-7. Urines normales.

14 octobre: à 1 heure, utérus toujours contracturé.

A 1 h. 15: rupture artificielle des membranes + spasalgine.

A 1 h. 45: spasalgine (1 cm²). Contractions régulières.

A 4 h. 10: Expulsion d'un enfant vivant: 2.320 gr.

A 5 h. 10: Délivrance naturelle complète: 540 gr.

Examen du placenta:

1^o Le petit côté a 8 cm.

2^o Sur la face utérine, au contact du bord placentaire, présence d'un caillot noirâtre très adhérent au placenta. A la coupe, il s'agit d'un hématome rétro-placentaire. Infarctus ancien.

Suites de couches: normales.

Sortie au 15^e jour.

Dans cette étude, nous n'avons envisagé que la tension artérielle Maxima et la tension artérielle Minima; il aurait été intéressant pour nous d'étudier aussi la tension artérielle Moyenne qui, au cours de l'apoplexie utéro-placentaire, s'élève au-dessus de 9; malheureusement cette recherche n'a pas été faite au cours des observations que nous avons étudiées.

CHAPITRE III

VALEUR PRONOSTIQUE DE LA TENSION ARTÉRIELLE AU COURS DE L'HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE

L'importance de la mesure de la tension artérielle au cours de la gestation est considérable. V. PACHON, préfaçant l'ouvrage de P. BALARD « L'Oscillométrie en obstétrique » s'exprime en ces termes :

« En pathologie obstétricale, en effet, qu'il s'agisse de maladie sous la dépendance même de la grossesse, comme les vomissements incoercibles, l'albuminurie, l'éclampsie, qu'il s'agisse d'accidents survenus brusquement à l'occasion du travail et de la délivrance comme les hémorragies ou la septicémie puerpérale, qu'il s'agisse enfin d'affections courantes présentant une allure ou une gravité particulière au cours de la puerpéralité comme les affections pulmonaires ou les cardiopathies dans les diverses branches de l'obstétrique, l'auteur montre que la connaissance des valeurs oscillométriques s'impose aujourd'hui à l'accoucheur... La connaissance des valeurs oscillométriques constitue un élément séméiologique de premier ordre permettant de fixer un diagnostic hé-

sitant, de préciser un pronostic et de contrôler la thérapeutique. »

En premier lieu, la connaissance des valeurs oscillométriques a un intérêt diagnostique important. En l'associant à l'albuminurie, elle permet de faire le diagnostic différentiel avec les fausses albuminuries liées à la pyelonéphrite au cours desquelles la tension artérielle est normale, dans les albuminuries transitoires, pour prévenir les crises d'éclampsie et éliminer l'épilepsie chez les femmes en état de gestation. Mais c'est surtout au cours de l'hémorragie rétro-placentaire que la connaissance des valeurs de la tension artérielle est d'un grand intérêt.

En effet, au cours de l'« apoplexie utéro-placentaire, la constatation d'un certain degré d'hypertension est d'un pronostic relativement favorable puisqu'elle indique que l'équilibre cardio-vasculaire est satisfaisant et que l'hémorragie interne n'est pas trop considérable. Par contre l'hypotension est d'un fâcheux pronostic et témoigne de l'importance exceptionnelle de l'hémorragie et de l'insuffisance des réactions cardio-vasculaires défensives de l'organisme (Obs. I, Obs. II, Obs. III). Mais on ne peut envisager seul la tension artérielle, il faut étudier en même temps le pouls et l'albuminurie.

Le pouls, au cours de l'hémorragie rétro-placentaire reste aux environs de 90 pulsations bien souvent malgré un état général très grave. Il ne fléchit

que subitement après les accidents et arrive facilement à 120, 140 et même 160 pulsations.

Mais c'est surtout l'albuminurie qui est un gros symptôme au cours de l'hémorragie rétro-placentaire et aussi fréquent, aussi important que l'hypertension. Quels sont les rapports existant au cours de l'hémorragie rétro-placentaire entre la tension artérielle et l'albuminurie. Il n'existe pas de textes scientifiques pour délimiter actuellement ces relations. Nous avons déjà vu, au cours de ce travail (Tableau I, II, III), qu'il n'existe pas de marche parallèle entre l'albuminurie et l'hypertension au cours de l'hémorragie rétro-placentaire, bien que QUENEL et RAYNAUD prétendent le contraire. Mais CHIRIÉ, BLAIN et POUGET ne sont pas de cet avis : « Il n'y a pas de rapport constant entre l'augmentation de l'albumine dans les urines et l'élévation de la tension artérielle ». Lequel de ces deux symptômes apparaît le premier ? Pour BALARD, il semble que c'est l'albuminurie : « seules les albuminuries permanentes entraînent de l'hypertension. » Mais VAQUEZ signale que « des femmes non encore albuminuriques et qui ne le deviendront que plus tard, ont parfois déjà une tension artérielle très élevée et sont en instance d'éclampsie. » Il est difficile d'arriver actuellement à une conclusion nette, car jusqu'ici la mesure de la tension artérielle n'est pas prise systématiquement chez toutes les femmes en état de gestation et pendant toute la durée de

la grossesse ainsi que l'examen des urines pour la recherche de l'albumine.

Notons que toute intoxication de la fin de la gestation, qu'elle se traduise ou non par de l'albuminurie, entraîne avec elle une forte élévation de la tension artérielle et peut se manifester soit sous forme de crises d'éclampsie, soit sous forme d'hémorragie rétro-placentaire. Cette dernière est donc un accident survenant au cours de cette toxémie gravidique; elle est déterminée vraisemblablement par un à-coup d'hypertension agissant sur les parois des petits vaisseaux capillaires altérés par l'état toxémique. Actuellement les données cliniques sont insuffisantes pour l'affirmer, mais cette hypothèse, soutenue par de nombreux accoucheurs, est cependant très vraisemblable; elle n'est pas encore scientifiquement démontrée.

Dans notre travail nous avons relevé, sur 33 observations, 27 cas d'hémorragie rétro-placentaire avec hypertension et albuminurie. La tension artérielle est montée jusqu'à 27-19 (Obs. V). M. le Professeur COUVELAIRE, dans une de ses observations présentées en 1911, note une tension artérielle de 20, seule la maxima a été prise.

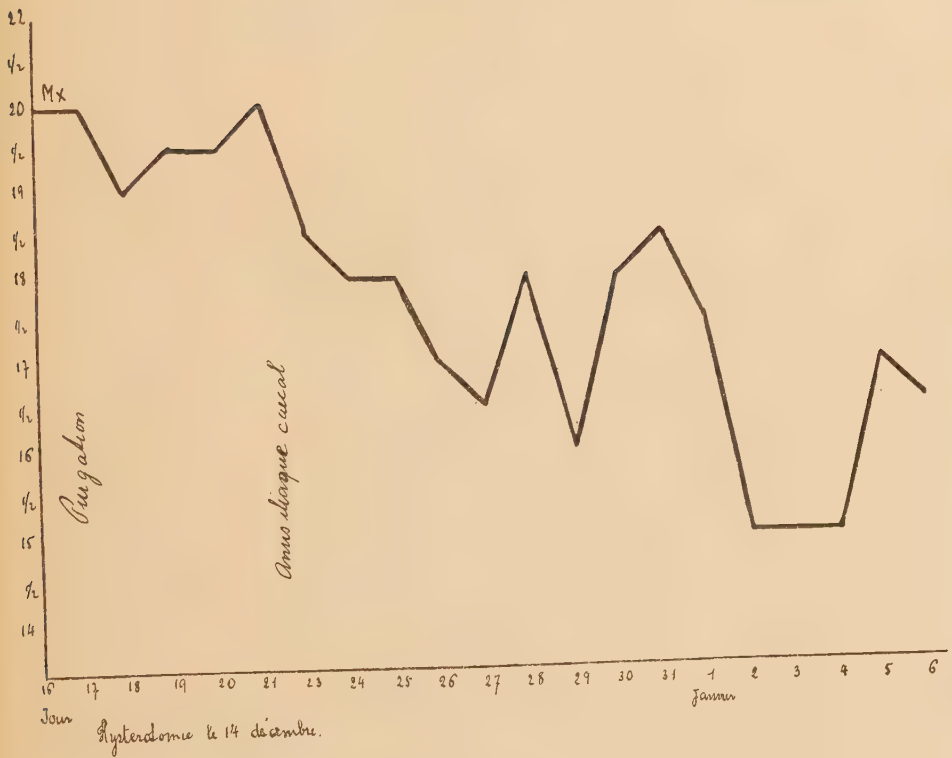
Nous reproduisons ci-dessous la marche de cette tension artérielle :

RIVOAL (Thèse de Lyon, 1919), donne une tension artérielle = 15-10 après une hémorragie importante. BALARD, dans un article dans « La Presse Médicale » (1925), cite une observation d'hémorra-

gie rétro-placentaire. TA = 19-12 au moment des accidents.

Il aurait été intéressant de connaître la valeur de la tension artérielle juste avant les accidents et au cours de la gestation. Nous sommes assez

TABLEAU IV



heureux de présenter dans notre travail cinq observations d'hémorragie rétro-placentaire où la tension artérielle a été prise au cours de la gestation:

Obs. V : TA = 23- 11 au 5^e mois.

Obs. IX : TA = 17 1/2-12 au 5^e mois.

Obs. X : TA = 18- 12 au 6^e mois.

Obs. XI : TA = 21- 17 au 7^e mois.

Obs. XV : TA = 21- 15 au 2^e mois.

Il semble donc qu'il y ait vraiment une hypertension avant l'apparition des accidents (barre épigastrique, hémorragie), et ce symptôme n'a pas été révélé puisque la femme en général n'a pas subi d'examen médical avant l'hémorragie; actuellement la thérapeutique d'urgence est un peu tardive et doit être appliquée bien plus précocement.

De tout cela, une notion pratique s'impose: elle n'est pas nouvelle: c'est la mesure de la tension artérielle dès le début de toute gestation et de la nécessité de la pratiquer fréquemment jusqu'au début du travail, au cours du travail et même dans les suites de couches. Ainsi on arrive à révéler les moindres modifications de la tension artérielle et à y appliquer de suite un traitement approprié : saignée, repos, régime lacto-végétarien, eau lactosée. Il ne faut pas oublier en même temps la recherche très fréquente de l'albumine dans les urines.

Considérons maintenant la valeur pronostique de la tension artérielle au cours de nos observations:

1° Apoplexie utéro-placentaire:

Aucun examen avant les accidents: TA est basse au moment des accidents: TA = 14-8, TA = 12 1/2-10 1/2, TA = 13-11 1/2, état général grave. Hys-

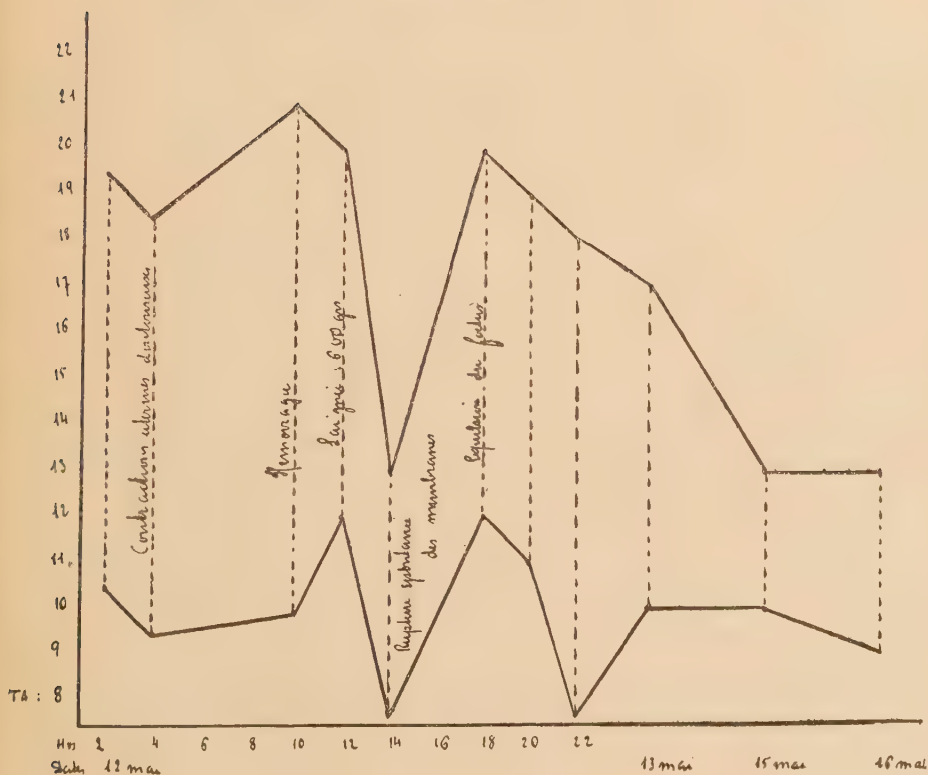
rectomie. Pronostic maternel et fœtal très sombre.

2° Hémorragie rétro-placentaire à formes moyennes. Hypertension nette, état général moins grave, favorable au traitement institué: saignée, régime, drastiques. Rupture artificielle des membranes efficace pour accélérer le travail.

Bon pronostic maternel. Pronostic fœtal sombre.

3° Hémorragie rétro-placentaire à formes bénignes.

Observation VII



gues. Hypertension légère, traces d'albumine. Le diagnostic se pose à l'examen du placenta.

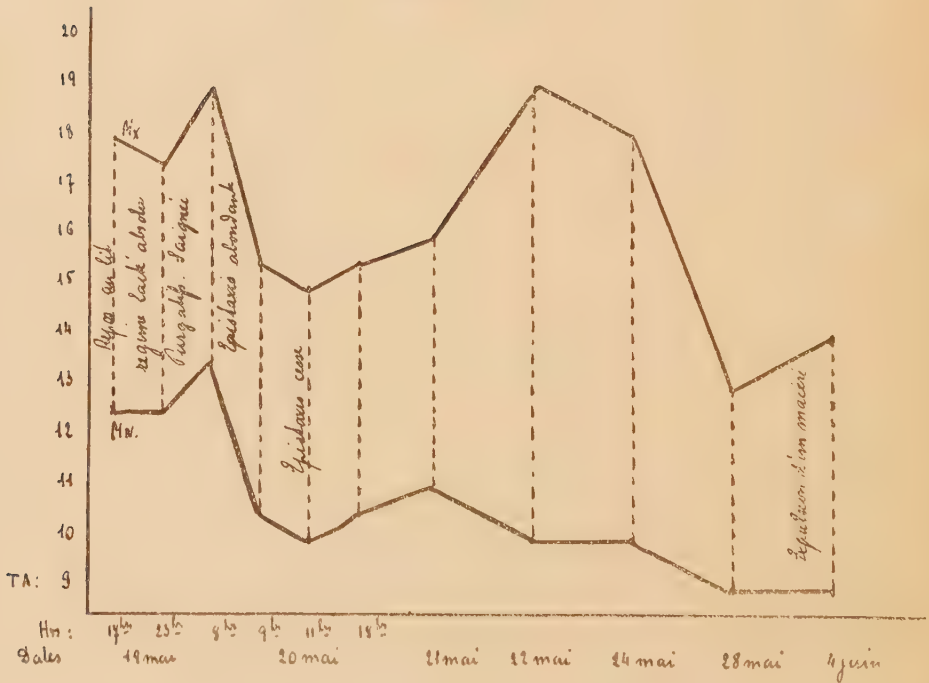
Organisme réagit favorablement.

Bon pronostic maternel et fœtal.

Nous reproduisons ci-après trois tableaux représentant le graphique des mesures de la tension artérielle, Maxima et Minima au cours d'hémorragie rétro-placentaire à formes moyennes avec le traitement approprié :

Nous constatons que la tension artérielle réagit un peu à la saignée, aux drastiques, au régime. La

Observation VIII

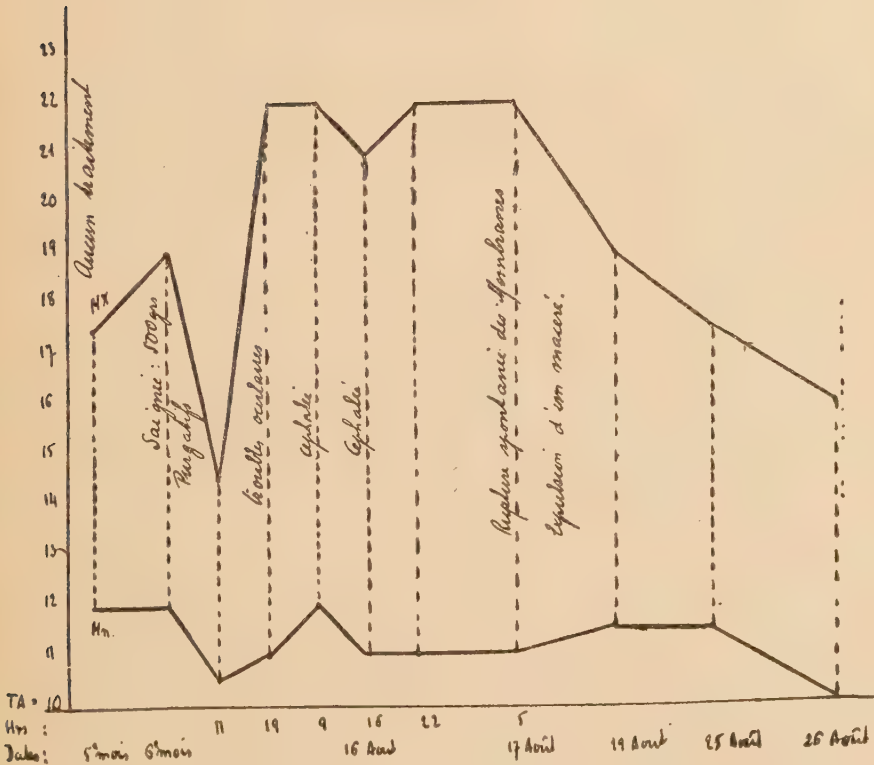


rupture artificielle des membranes accélère le travail et la tension artérielle baisse progressivement après l'expulsion.

Quel est le pronostic de ces malades en cas de gestation ultérieure.

RIVIÈRE, 1933, présente l'observation d'une femme ayant eu des crises d'éclampsie lors d'une gestation et des accidents hémorragiques lors d'une

Observation IX



gestation ultérieure. Nous avons recueilli un cas semblable.

Obs. XV. — Premier accouchement normal, enfant vivant. 2^e accouchement, crises d'éclampsie, enfant mort. 3^e accouchement, H. rétro-placentaire, enfant mort.

Ce sont des cas assez rares et nous n'avons pas trouvé dans la littérature des observations de récurrence d'hémorragie rétro-placentaire. Cependant il n'existe aucun texte scientifique pour affirmer que l'hémorragie rétro-placentaire ne récidive pas. On peut penser que cet accident est peut-être l'aboutissement d'une intoxication se reproduisant à différentes gestations. Dans quatre de nos observations nous trouvons: albuminurie, troubles oculaires, hypertension se reproduisant au cours de plusieurs gestations successives pour arriver enfin à une apoplexie utéro-placentaire.

Obs. V. — XV^e gestation, albumine, TA = 23-11. XVI^e gestation, hémorragie rétro-placentaire.

Obs. X. — Première gestation, troubles oculaires dans les suites de couches. 2^e gestation, hémorragie rétro-placentaire.

Obs. XII. — Première gestation, albuminurie. 2^e gestation, hémorragie rétro-placentaire.

Obs. XIV. — Première gestation, albuminurie. Enfant macéré. 2^e gestation, albumine, œdèmes. TA = 15-7. Enfant vivant. 3^e gestation, hémorragie rétro-placentaire. Enfant mort-né.

Obs. XXIII. — Première gestation, albumine.

TA = 19-11. 2^e gestation normale. 3^e gestation, hémorragie rétro-placentaire. 3 enfants vivants.

Nous voyons donc quelle peut être l'importance de la mesure de la tension artérielle au cours de l'apoplexie utéro-placentaire, mais elle doit être faite concouremment avec la recherche de l'albumine dans les urines.

En terminant cette étude, nous ne pouvons mieux faire qu'extraire ces passages de TURLAIS (1912) et ces lignes de notre Maître, le Professeur A. COUVELAIRE :

« L'oscillomètre doit servir avant l'accouchement comme le thermomètre dans les suites de couches. »
(TURLAIS.)

« Le médecin qui a la responsabilité de l'évolution d'une gestation ne doit pas s'en tenir à la recherche de l'albumine dans les urines. Il ne doit négliger aucun symptôme pathologique même discret. A cet égard, le symptôme subjectif céphalée et le symptôme objectif hypertension artérielle doivent attirer spécialement son attention au même titre que l'albuminurie, l'oligurie et les œdèmes. »

(Professeur A. COUVELAIRE.)

CONCLUSIONS

1° Au cours de la gestation normale, la tension artérielle se maintient dans les limites psychologiques habituelles.

2° L'hypertension artérielle est un symptôme accompagnant et souvent précédant l'éclampsie convulsive; elle permet de prévoir aussi bien ses manifestations hémorragiques que ses manifestations convulsives.

3° Hypertension et albumine accompagnent presque constamment le syndrome apoplexie utéro-placentaire. Cependant on peut observer au cours de l'accident catachysmique :

— des cas sans hypertension mais avec albuminurie (3 observations);

— des cas avec hypertension mais sans albuminurie (1 observation);

— des cas sans hypertension et sans albuminurie (2 observations).

Dans ces cas l'évolution a été favorable pour les mères, aucun décès ; pour les enfants : 4 morts-nés et 2 survivants.

Ce sont vraisemblablement des cas où le syndrome clinique correspond à la seule apoplexie intérutéro-placentaire.

4° Pratiquement, la recherche systématique de la tension artérielle est capitale au cours de la gestation au même titre que la recherche de l'albumine dans les urines; elle permet de suivre l'évolution de l'hémorragie rétro-placentaire au cours du travail et fait constater le retour à l'état normal pendant les suites de couches.

Vu : LE DOYEN : Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

G. ROUSSY.

A. COUVELAIRE.

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Vu et permis d'imprimer :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- J.-L. AUDEBERT. — Les hémorragies rétro-placentaires. (*Revue de Gynécologie et d'Obstétrique*, août 1929.)
- J. AUDUREAU. — A propos de quelques cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Thèse de Paris*, 1930.)
- P. BALARD. — Oscillométrie en Obstétrique. Paris, 1926.
- BAR. — Hémorragie rétro-placentaire (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1912.)
- BARANGER. — Cardiopathies et grossesse. *Thèse de Paris*, 1898.)
- BAUX. — Hémorragies rétro-placentaires par accidents à type de choc obstétrical. (*Société obstétricale et gynécologique de Toulouse*, 28 janvier 1925.)
- S. BERGGREN. — Contribution à la pathologie et au traitement du décollement prématuré du placenta naturellement inséré. (*Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, 1912.)
- BIANCARDI. — Hémorragie rétro-placentaire (*Annales d'odontologie*, 1905.)
- BIRÉ-PAILLEZ. — Hystérotomie pour hémorragie rétro-placentaire. (*Société obstétricale et gynécologique*, 1924.)

- BOQUEL. — Sur quelques cas de décollement du placenta normalement inséré. (*Gazette Médicale de France*, n° 7, avril 1930.)
- BOURRET. — Symptômes et traitement du décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Gazette des Hôpitaux de Paris*, 9-11-1921.)
- A. BRINDEAU-M. BROUHA. — Hémorragie rétro-placentaire. (*Pratique de l'art des accouchements*, tome III, édition 1927.)
- M. BROUHA. — Un cas de décollement prématuré de placenta normalement inséré. (*Liège Médical*, 26 mai 1927.)
- M. BROUHA et O. GOSSELIN. — Un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Traité par l'opération césarienne conservatrice. (*Bruxelles Médical*, 19-5-1929.)
- BRUSLOW. — La tension artérielle chez les femmes enceintes albuminuriques. (*Thèse de Paris*, 1912.)
- BURGER. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Strasbourg Médical*, 1926.)
- CHIRIÉ et MACÉ. — La saignée dans le traitement de l'éclampsie.
- CHIRIÉ. — Recherche expérimentale sur l'éclampsie. (*Thèse de Paris*, 1927.)
- A. COUVELAIRE. — Traitement chirurgical des hémorragies utéro-placentaires avec décollement du placenta normalement inséré. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*, 1911-1912.)

- A. COUVELAIRE. — Hémorragie rétro-placentaire. (*Revue pratique d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1912.)
- DEBERNARDY. — Contribution à l'étude clinique du décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Thèse de Montpellier*, 1929.)
- R. DESNOYERS. — Hémorragies rétro-placentaires et apoplexies utérines. (*Journal des Accoucheuses*, n° 5, mai 1931.)
- R. DESNOYERS. — De la conduite à tenir dans les hémorragies rétro-placentaires. (*La Pédiatrie Médicale française*, 19 décembre 1932.)
- ESSEN-MOLLER. — Hémorragie rétro-placentaire. (*Archives mensuelles d'obstétrique et de Gynécologie*, 1913.)
- FABRE. — Hémorragie rétro-placentaire. (*Bulletin de la Société Obst. de Paris*, 1910.)
- FRAIPONT. — Hémorragie rétro-placentaire (*Annales de Gynécologie*, 1914.)
- I.-H. GOLDENBERG. — Contribution à l'étude du décollement traumatique du placenta au cours de la gestation. (*Thèse de Paris*, 1932.)
- HORDEN. — Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires et de leur traitement. (*Thèse de Bordeaux*, 1929.)
- QUENEL et RAYNAUD. — Tension artérielle et puerpéralité. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1900.)
- LACOMME (M.). — Sur le décollement traumatique du placenta au cours de la gestation. (*Annales de la Faculté française de mé-*

decine et de pharmacie de Beyrouth,
mars 1933, n° 2.)

LACOMME (M.). — Hémorragies rétro-placentaires. (*Bulletin médical*, supplément n° 3 du 21 janvier 1933.)

LELONG (A.). — De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique. (*Thèse de Paris*, 1902.)

LE LORIER. — Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique convulsivante. (*Presse Médicale*, 6 janvier 1923.)

LEQUEUX. — Hémorragie rétro-placentaire. (*Bulletin de la Société d'Obst. de Paris*, 1910.)

LE TOURNEUR. — Les petites hypertensions d'alarme au cours de la grossesse. (*Thèse de Paris*, 1925.)

LEVY (Ed.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorragies rétro-placentaires. (*Thèse de Paris*, 1911.)

MAYGRIER-SCHWAB. — Hémorragie par décollement du placenta normalement inséré. (In: *Précis d'Obstétrique*, Paris, Doin, 1927.)

M. METZGER. — Les hémorragies inter-rétro-placentaires. (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 2^e année, 1925.)

PORTES (L.). — Contribution à l'étude de l'apoplexie utéro-placentaire. (*Thèse de Paris*, 1922.)

RACHSTEIN (L.). — Contribution à l'étude des podromes de l'éclampsie convulsive de la gestation et la puerpéralité. (*Thèse de Paris*, 1933.)

RAVINA (J.). — Hémorragies rétro-placentaires traumatiques. (*La Médecine*, n° 5, avril 1933.)

- RIVIÈRE (M.). — Hémorragies et apoplexies utéro-placentaires. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, sept. 1931.)
- RIVIÈRE (M.). — Le diagnostic précoce des hémorragies et apoplexies utéro-placentaires, son importance, pronostic et thérapeutique. (*Presse Médicale*, n° 8, 28 janvier 1933.)
- ROUSSEAU-DUMARCEL. — Du décollement prématuré du placenta inséré normalement. (*Thèse de Paris*, 1892.)
- SNOECK-INGELBRECHT. — Un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré (*Bruxelles Médical*, n° 22, 23 mars 1930.)
- VAQUEZ. — Le cœur dans la grossesse normale (*Presse Médicale*, 1898.)
- VORON. — Hémorragie rétro-placentaire. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1913.)
- WALLICH. — Hypertension dans certaines hémorragies de la grossesse. (C. R. Académie de Médecine, 25 juin 1912.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — La tension artérielle au cours de la gestation normale et au cours du travail.	13
CHAPITRE II. — La tension artérielle au cours de l'hémorragie rétro-placentaire	17
A) Hémorragie rétro-placentaire à symp- tomatologie classique	19
1° Apoplexie utéro-placentaire ..	21
2° Hémorragie rétro-placentaire à formes moyennes	23
3° Hémorragie rétro-placentaire à formes bénignes	41
B) Hémorragie rétro-placentaire à symp- tomatologie atypique	51
CHAPITRE III. — Valeur pronostique de la tension arté- rielle au cours de l'hémorragie rétro-placen- taire	57
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	71

Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6°
